

Semicarbazons auf die Hypophyse mit Erzeugung von ACTH erklärt die hemmende Aktion auf die entzündlichen Prozesse, die im subarachnoiden Raum nach Injektion irgendeiner Substanz auftreten.

Die Kopfschmerzen, die nach der Lumbalnaesthesia auftreten, stehen zweifelsohne im Zusammenhang, mit der stets vorhandenen Meningitis; sie nehmen bei Verwendung des Semicarbazons an Zahl, Stärke und Dauer ab. Bei 20 von uns behandelten Fällen sahen wir nur einmal Kopfschmerzen von mittlerer Stärke.

Weitere Experimente dienen zur Aufklärung über die wirksame Dosis dieses Medikamentes zur Prophylaxe der Cephalaea nach Lumbalnaesthesia.

RÉSUMÉ

L'injection intramusculaire d'un demi à deux miligrammes de sémicarbazone de l'adrénochrome, après la réalisation d'une rachianesthésie avec percaïne, est capable d'inhiber la grande hypercitosse (jusqu'à plus de 1.000 cellules) que le LCR présente 24 heures après l'introduction de la solution anesthésique.

L'action de cette sémicarbazone sur l'hypophyse, produisant ACTH, explique le phénomène inhibiteur des procès inflammatoires qui se produisent dans l'espace subarachnoïdien, après l'injection de n'importe quelle substance.

Les céphalées postrachianesthésiques, sans doute en rapport avec la constante méningite, diminuent en nombre, en intensité et en durée par l'emploi de la sémicarbazone. Dans notre expérience de 20 cas il n'y eut qu'une céphalée moyenne.

Des expériences postérieures établirent une dose efficace dans l'emploi de ce médicament comme prophylaxie de la céphalée postrachianesthésique.

LA ANAMNESIS ATÍPICA EN LA ULCERA GASTRODUODENAL

J. DE DIOS JIMENA (hijo).

Córdoba.

INTRODUCCIÓN.

A pocas afecciones se les atribuye generalmente un cuadro tan estereotipado como a la enfermedad ulcerosa. Ciertamente, la sintomatología es en bastantes casos sumamente parecida y los enfermos presentan monótonamente el cuadro que clásicamente se describió y sobre cuyo carácter cíclico tanto insistieron desde el principio autores como SOUPAULT, MATHIEW, MOYNIHAM, etc.; temporadas estacionales de

molestias, separadas por intervalos generalmente más duraderos, en los que el enfermo suele estar libre de síntomas, encontrándose perfectamente bien. El dolor es de localización varia, más o menos tardío con relación a las comidas, desapareciendo o suavizándose con la ingestión de "cualquier cosa", incluso agua, y sobre todo de alcalinos. El apetito suele estar bien conservado, las comidas "sientan bien" y el enfermo suele ser un estreñido habitual, sobre todo en las épocas de molestias. Muchos de ellos nos afirman que "... si no fuera por el dolor no consultarían, ya que en él radica su única molestia".

En nuestro ejercicio profesional nos es posible observar con muchísima frecuencia la enfermedad ulcerosa, y en el 90 por 100 aproximadamente de nuestros casos el cuadro es absolutamente típico o tiene muy pequeñas particularidades no dignas de tenerse en cuenta.

Lo que ocurre muchas veces es que el enfermo, bien por su deficiente autoobservación, bien por su insuficiente explicación (timidez, miedo) o en algunos casos por su exagerada verborrea o sumo detallismo (enfermo del papelito de JIMÉNEZ DÍAZ), deforma el cuadro de tal manera que sólo un interrogatorio bien "orientado" (que es distinto del interrogatorio "dirigido" o "insinuante", tan funesto en Medicina) puede sacar a la luz un síndrome absoluto y totalmente típico.

Estaría fuera del objetivo que en este trabajo nos hemos señalado el exponer las causas que en muchos de los casos "enmascaran", lo que fácilmente es distinguible como cuadro típico ulceroso; pero no debemos olvidar la distinta sensibilidad al dolor de cada uno de nuestros pacientes, unos hiposensibles, con un dintel sensitivo-doloroso muy bajo, mientras que otros son manifiestamente hipersensibles.

Al lado de ese 90 por 100 de ulcerosos con anamnesis típica de nuestra experiencia, hay un 10 por 100 cuya historia es, por bien que esté hecho el interrogatorio, totalmente, o por lo menos en gran parte distinta, a lo que podríamos llamar "cuadro tipo" de la enfermedad ulcerosa.

La importancia de estos cuadros atípicos es tal que resulta un poco pueril el querer resaltarla. La enfermedad ulcerosa puede tener, localmente, unas complicaciones de carácter grave, letales, si se abandonan a su evolución espontánea, hasta en pocas horas, que casi en su totalidad son tributarias de decisiones quirúrgicas inaplazables. Estamos hablando de la perforación ulcerosa en cavidad peritoneal y de la hemorragia masiva y persistente, accidentes frecuentes en los ulcerosos y del dominio único y exclusivo de la cirugía de urgencia (aunque actualmente parece ser se abre camino, cada vez más, la terapéutica conservadora de los perforados con el método de la aspiración continua, coincidiendo con la opinión recientemente

sustentada por MOORE y otros autores). Entonces no se puede someter al enfermo a exploraciones radiológicas o radiográficas ni a otros exámenes cuidadosos dilatorios de la intervención, y si la historia es atípica, siendo ésta como es nuestro principal apoyo, si no conocemos estas formas clínicas típicas, nos veríamos entorpecidos en nuestra correcta labor diagnóstica.

Un porcentaje de casi un 10 por 100 en una enfermedad tan frecuente como es la úlcera gastroduodenal (de 4.000 enfermos de aparato digestivo sobre los que se hace esta revisión, 822 son ulcerosos comprobados, arrojando un porcentaje del 20,55 por 100, cifra incluso inferior a las de otros autores) no es ni mucho menos para despreciar, sobre todo si pensamos además de en las razones antedichas, en lo fácil que resulta muchas veces aliviar la situación, tan duramente molesta, en que se encuentra un ulceroso.

Recientemente, autor de la experiencia del alemán KALK, expresaba su opinión en contra de las muchas veces afirmada uniformidad etiológica y sintomatológica de la enfermedad ulcerosa.

En las enfermedades de aparato digestivo el interrogatorio es premisa no fundamental, que eso lo es siempre, sino a veces la única columna sólida para fundar nuestro diagnóstico. JIMÉNEZ DÍAZ, en su estupendo libro *El médico explorando a su enfermo*, así lo expresa, y WALTER C. ALVAREZ escribe textualmente en su publicación *Nerviosidad, indigestión y dolor*, que "... el gastroenterólogo debe fundar muchos de sus diagnósticos en los detalles de una historia cuidadosa". Siendo el interrogatorio tan importante, creemos indispensable ser obtenido por una persona con conocimientos técnicos muy completos. No es conveniente dejar la anamnesis en manos de ayudantes, internos o enfermeras inexpertos, porque o nos equivocaremos muchas veces o nos veremos obligados a realizar de nuevo la labor historiadora. Personalmente, nos gusta recordar a menudo el proverbio árabe que dice: "Preguntar bien es saber mucho". El enfermo debe ser tranquilizado, tratado cariñosamente, en fin, puesto en condiciones de que sus manifestaciones sean lo más espontáneas posible. Muchos veces es el mismo médico el que con su indelicadeza, impaciencia, etcétera, desfigura una historia, devolviéndole ésta, en "justa correspondencia", una impresión equivocada.

Es muy frecuente leer en los tratados especializados y en los de Patología Médica frases a veces muy bien hechas, y dignas de mejor empleo, imbuyendo al médico o al estudiante la idea de que la inmensa mayoría de los ulcerosos tienen una historia absolutamente típica. Para nosotros no hay tal inmensa mayoría, sino simplemente un número más elevado de enfermos que tiene una historia característica, pero casi nunca totalmente típica.

BAGLOIR afirma que "el paciente es el mejor texto para el médico", y ALVAREZ escribe textualmente en el libro antes citado: "Siempre me ha parecido que cuando un hombre describe sinceramente lo que ha visto y oído, se acerca más a la verdad y resulta más útil que cuando repite lo que ha leído alguna vez." Nuestro propósito en este trabajo es "ser útiles", relatando lo que hemos visto y oído, día tras día, en nuestros enfermos ulcerosos. Este método es el que propone JIMÉNEZ DÍAZ en sus "Lecciones", diciendo que la enfermedad ulcerosa es un cuadro generalmente muy claro, pero que a veces presenta notables variaciones, por lo que mejor que exponer su sistemática ordenadamente, es ir considerando, por medio de enfermos característicos, cada una de las formas clínicas.

II

Queremos hacer desde el principio una afirmación: la anamnesis atípica en los ulcerosos es muy frecuente, sobre todo en los comienzos de la enfermedad. De los 83 casos que hemos seleccionado con historia no característica, 34 tenían molestias hacía menos de un año, es decir, eran ulcerosos de comienzo el 40 por 100 aproximadamente. Algunos de estos casos, y otros que no incluimos, al evolucionar posteriormente transforman su sintomatología, apareciendo un síndrome ulceroso típico.

Es afirmación corriente la relativa a que la historia atípica es más frecuente en la úlcera gástrica que en la duodenal (KINSELLA, CLYTON, TEXTER, BAYLIN y otros). JENNINGS y RICHARDSON, en un trabajo reciente (1954), afirman que las úlceras de curvatura menor suelen tener sintomatología distinta de la corriente, sobre todo si son de gran tamaño, pues entonces esto ocurre en el 100 por 100 de los casos. HERNANDO comparte esta opinión, y en un trabajo moderno sobre úlcera gástrica expresa que la sintomatología de estos casos es más o menos típica según la localización ulcerosa, siendo las más altas las que tienen una sintomatología subjetiva menos patognomónica. Este extremo es cierto indudablemente, pero hemos de confesar que nosotros no estamos en condiciones de decidirnos en cuanto a él. Las estadísticas de otros autores (EUSTERMAN, BALFOUR, IVY, GROSSMAN y BARACH, PORTIS, HERNANDO, JAFFE, ARTETA) y otros muchos que harían la relación interminable, dan un porcentaje que oscila entre el 2,4 por 1 en necropsias y un 4 a 1 y hasta 10 a 1 de relación entre los casos de úlcera duodenal y gástrica desde el punto de vista puramente clínico. Nosotros estamos en completo desacuerdo con estas cifras. Vemos la úlcera gástrica con muchísima más rareza: quizá cada 20 ó 30 casos de úlcera duodenal vemos una úlcera gástrica. Es posible que estas cifras tuvieran poco valor, teniendo en cuenta lo incompleto de nuestras exploraciones, casi nunca

exhaustivas, si no fuera porque habiendo instado a comprobar nuestros hallazgos, meramente clínicos, a los cirujanos que trabajan en nuestro medio, éstos nos las han confirmado plenamente. Pero es que además, siempre que descubrimos una úlcera gástrica, buscamos con insistencia signos directos de lesión duodenal, dada la frecuencia con que nos venía surgiendo el hallazgo de úlceras gástricas y duodenales concomitantes. En un trabajo de H. DAIMTREE JOHNSON sobre las úlceras duodenales y gástricas concomitantes, afirma que es rara la úlcera gástrica aislada sin que exista una duodenal, aunque a veces esta última está cicatrizada, ya que para él la lesión ulcerativa gástrica está motivada directamente por las nuevas circunstancias o condiciones fisiopatológicas "nacidas" directamente de la existencia de una úlcera duodenal. JIMÉNEZ DÍAZ, de la observación de alguno de sus casos, deduce que a veces la úlcera de curvatura menor puede ser considerada tan sólo como un síntoma de la úlcera duodenal. Las cifras de WELLS y MAC PHEE están más de acuerdo con nuestro porcentaje, puesto que de un total de 75 enfermos operados de gastrectomía, excluyendo nueve en los que no había indicación expresa de localización, 57 eran ulcerosos duodenales y nueve ulcerosos gástricos, pero tan sólo tres tenían úlcera gástrica solitaria: los otros seis eran ulcerosos gástricos y duodenales a la vez. Es difícil en estas condiciones aseverar si en nuestra casuística la lesión ulcerosa gástrica es más atípica sintomatológicamente que la duodenal, ya que lo corriente en el caso de úlcera gástrica es la concomitancia de ambas.

Desde el principio descartamos como atípicos los casos, frecuentísimos, en los que la periodicidad no es estacional. Y es muy frecuente además que las temporadas de molestias sean subsiguientes a un disgusto, emoción, exceso de comida o bebida. Cuando el dolor es continuo, sin intervalos de bienestar, habrá que pensar en la complicación ulcerosa, sobre todo en la perforación crónica o penetración en los órganos vecinos, iniciación de estenosis pilórica, etc.

Generalmente el dolor no es localizado "a punta de dedo", como tantas veces se ha repetido. La inmensa mayoría de nuestros enfermos refieren el dolor como difuso por todo el epigastrio, otros en hipocondrio derecho o izquierdo y asimismo es muy variable en situación el dolor encontrado en la palpación abdominal. Sin embargo, damos cierto valor a encontrar en dicha palpación dolor electivo, sobre el que llamamos punto o zona duodenal, situado en la unión del tercio superior con el tercio medio de la línea imaginaria que uniese el centro del hipocondrio derecho con el ombligo. Este punto, o mejor, esta zona, en un área de unos cm², suele ser dolorosa en los ulcerosos duodenales.

Las irradiaciones del dolor pueden ser en múltiples direcciones, aunque en el *ulcus gas-*

*tro*duodenal sin complicar provoca casi siempre un dolor que no se irradia, fijo, bien en epigastrio, mesogastrio o hipocondrios, según sus peculiaridades.

Tanto la localización como la irradiación del dolor pueden ser de lo más incongruente, provocando los diagnósticos más dispares y pintorescos.

El caso número 6 de nuestra casuística, A. A. S., de cuarenta y un años, había sido diagnosticado y tratado como un reumático a causa de un dolor que aquejaba en zona dorsolumbar, pero al descubrir en el interrogatorio que dicho dolor se aliviaba comiendo, insistimos y nos manifestó que a veces se irradiaba a epigastrio. La exploración radiológica nos demostró un nicho ulceroso en bulbo duodenal.

El enfermo número 34, varón de cuarenta y dos años, tiene cuando viene a consulta un dolor que desde zona umbilical se irradia a uretra, acompañado de polaquiria, aliviándose algo con la micción y calmándose también con la ingesta. Nos fué remitido por un urólogo ante la negatividad de la exploración urológica y, efectivamente, tenía un *ulcus* duodenal y con gran asombro suyo desaparecieron sus molestias con régimen adecuado.

El caso número 35, varón de treinta y cinco años, tenía dolor epigástrico que se irradiaba por flanco izquierdo a testículo del mismo lado, donde se fijaba. Radiológicamente, duodeno en trébol, típicamente ulceroso. Cesación de las molestias con tratamiento antiulceroso.

El caso número 66 tenía un dolor en hueco axilar derecho y descubrimos su filiación al enterarnos que se aliviaba con alcalinos. Esta mujer, de veintiséis años, tenía un nicho "en face" en bulbo duodenal.

El cuadro puede estar enmascarado también por la coexistencia de otro proceso, generalmente abdominal, que desfigura el síndrome subjetivo típico ulceroso. Somos partidarios acérrimos de encontrar, por medio de una búsqueda exhaustiva, un único diagnóstico que justifique todos los síntomas de nuestros enfermos. Pero en estos casos la presencia de dos procesos distintos es incuestionable y explicaba el cuadro atípico.

La asociación más frecuente es la del proceso ulceroso con una afección biliar. KALK, en el IV Congreso Panamericano de Gastroenterología, afirma que en el 30 por 100 de sus casos la úlcera duodenal o gástrica coincide con procesos biliares. Nosotros creemos esta asociación bastante frecuente, pero reputamos un tanto exageradas las cifras de este autor. YANOWSKI reputa la asociación úlcera gástrica y afección biliar como muy rara, mientras que encuentra mucho más frecuentemente la asociación de úlcera duodenal y colecistopatía en el sentido más amplio (enfermedad orgánica o funcional), siendo la afección biliar la más precoz en aparición y la responsable de los síntomas (náuseas, vómitos, anorexia) que de estirpe no ulcerosa se dan en estos enfermos.

Es muy frecuente la aparición de un síndrome de estasis biliar, más o menos icterico, en enfermos con úlceras duodenales, y la citación de autores que la han descrito haría la relación sumamente larga.

Quizá la explicación, por lo menos en algu-

nos de los casos, de esta asociación úlcera-afeción biliar haya que buscarla, en contra de la opinión de YANOWSKI, en el papel que pueden tener en la provocación de síndromes biliares funcionales aquellas afecciones que modifican el tono muscular duodenal, no sólo los cuadros de estasis atónica o espástica, sino afecciones orgánicas como duodenitis, ulcus, etc., que pueden ser el punto de partida de dichos síndromes que se han dado en llamar disquenesias biliares (SÁNCHEZ SAN JUAN).

En bastantes de nuestros casos tuvimos la sospecha de la concomitancia del proceso gastroduodenal y el biliar, pero dificultades de toda índole nos hicieron imposible su objetivación en muchos de los pacientes. Sin embargo, de cinco de los incluidos en este protocolo pudieron obtenerse las pruebas convincentes, objetivas, de dicha concomitancia.

El caso número 50 es el de una enferma de sesenta y seis años de edad, que era litiasica antigua, comprobada por colecisto, que últimamente empezó a tener dolor tardío, y en la que se comprobó un nicho de porción horizontal de curvatura menor que respondió bien a la terapéutica. Superponibles son los casos números 23 y 33, y en los números 59 y 2 la afección ulcerosa se descubrió antes que la biliar.

También son muchos los autores, entre ellos HERNANDO, que han descrito en los ulcerosos los síntomas que son atribuibles a una ligera hipofunción suprarrenal, extremo que todos hemos tenido ocasión de comprobar con cierta frecuencia. La asociación de ulcus gastroduodenal y enfermedad de Addison también se encuentra descrita muchas veces en la literatura, e incluso se han hecho curiosas experiencias, para comprobar una hipotética intervención etiopatogénica de las suprarrenales en la enfermedad ulcerosa.

Nosotros contamos con un caso, el número 24, enfermo de veintisiete años, soltero, con dolor tardío por temporadas estacionales, antiguo, que hace dos o tres meses notó que se iba "poniendo negro" a la vez que sentía una invencible astenia que le dificultaba incluso la masticación. Es un enfermo sumamente moreno, con pigmentación sobre todo en cara y manos y con testículos negros. Tensión arterial, 8/5. Radiológicamente, nicho en bulbo. No se pudo completar su estudio.

En cuatro ocasiones hemos tenido la oportunidad de diagnosticar la coexistencia del proceso ulceroso con una cirrosis hepática (¿úlceras hepatógenas de KALK?). Sin embargo, no hemos podido comprobar la opinión de autores como FAINER y HALSTEDD, LIPP y LIPSITZ y PALMER y BRICK, que reputan como muy frecuente dicha asociación. FAINER y HALSTED encuentran que el 17 por 100 de los cirróticos tienen además una úlcera péptica. No dudamos que las diferencias de resultados se deben a que ellos basan sus porcentajes en resultados de necropsias y los nuestros son resultantes de observaciones meramente clínicas. En cambio, sí estamos de acuerdo con los autores citados, y con otros mu-

chos (BARONOFKY y WANGENSTEEN, FAGIN y THOMPSON, DOUGLAS y SNELL, RATNOFF y PATTECK, EVANS y GRAY, etc.), en que muchas veces los cirróticos sangran por ulceraciones gastroduodenales más o menos grandes, pero dichas ulceraciones no tienen carácter péptico, son más bien agudas.

Nuestros casos son los números 11, 56, 81 y 79. El número 11 es una enferma con una cirrosis colostático-colangítica, hecha tras frecuentes episodios de dolor paroxístico, ictericos y febriles, que últimamente viene notando dolor tardío por temporadas, habiendo tenido desde entonces dos o tres melenas. La exploración confirma una cirrosis con hígado grande y duro y pruebas de función hepática intensamente positivas. La exploración radiológica mostró un nicho duodenal.

El caso número 56 es el de un hombre de cincuenta y tres años, buen bebedor, en el que había un síndrome de dolor tardío, tras el que se instalaron, hacia pocos meses, una anorexia pertinaz y una pérdida de peso de más de 20 kilos, muy rápida. Esto nos hizo pensar en la posibilidad de una transformación neoplásica de su úlcera, pero comprobamos después la existencia de una cirrosis alcohólica descompensada. Tenía además una úlcera duodenal. Muy similar a éste es el caso número 79 y el 81 también es parecido, pero este último, hombre de cuarenta y nueve años, tenía una gran tendencia a sangrar: últimamente le hemos asistido una gastrorragia brutal que estuvo a punto de provocar el exitus. En este último enfermo es curioso que en épocas de molestias ulcerosas ha tenido melenas, pero que cedían fácilmente, mientras que en dos ocasiones ha tenido gastrorragias violentas, que nosotros creemos provenientes de la rotura varicosa esofágica o gástrica.

Es muy frecuente hallar leves disfunciones hepáticas en los ulcerosos, correspondiendo a lo expresado por PALLARDO y OLIVER PASCUAL (hepatogastroenteropatía).

Naturalmente, hemos tenido ocasión de observar la incidencia en ulcerosos de los procesos abdominales o extraabdominales, frecuentes en los no ulcerosos, apendicitis, obstrucción intestinal, etc. Sobre ello no insistimos porque no pueden dar lugar, salvo excepciones, a confusión diagnóstica, puesto que tienen cuadro muy distinto y fácilmente distinguible como superpuesto al ulceroso.

III

Cuando el cuadro clínico es atípico "per se", y no por la concomitancia de otras afecciones, puede adoptar varias formas, que vamos a ir exponiendo por separado, resumiendo a la vez las historias más significativas de nuestra estadística. No queremos con esto hacer una clasificación nueva, puesto que nada nos parece más engorroso y perjudicial que las divisiones y subdivisiones de una detallista sistematización. Tan sólo pretendemos individualizar un poco en orden a una mayor claridad expositiva.

Las formas atípicas más frecuentes que hemos hallado las denominamos así:

1.º *Forma dispéptica*. — Quizá la denominación sea poco afortunada, pero es la que mejor expresa lo que en realidad es esta forma. Muchas veces la úlcera gastroduodenal provoca

subjetivamente un cuadro superponible, a lo que desde antiguo se denomina dispepsia simple. Es bien sabido que en muchos casos de ulcerosos, detrás de la primera línea de los síntomas llamados típicamente ulcerosos, existen otros de menor espectacularidad, pero no menos molestos, y en estos casos de forma dispéptica, estos síntomas son los relevantes y casi siempre los únicos, desapareciendo los síntomas típicos. Esto es particularmente frecuente en los comienzos de la enfermedad, transformándose luego el cuadro paulatinamente en un síndrome típico: otras veces el cuadro persiste inmodificado.

En estos enfermos las molestias son continuas y sin ritmo horario ni digestivo; su cuadro sindrómico, tal como JIMÉNEZ DÍAZ indica, se compone de anorexia, más que dolor sienten malestar epigástrico, muchas veces indefinible, con pesadez, repleción precoz postprandial, náuseas y arcadas, a veces vómitos, ardores y agrios, dificultad para eructar, ruidos de tripas, etcétera. Es muy característica esta forma en nuestra casuística en nueve casos, incluyendo únicamente aquellos en los que el síndrome era muy acusado y no imputable a otro proceso, ya que hemos rechazado los casos en los que la existencia de una pronunciada dolicogastria atónica, junto con la úlcera, podría justificar la aparición de un síndrome subjetivo muy semejante al descrito. Los enfermos de nuestra casuística incluíbles en esta forma son, por lo general, jóvenes, y como casos "modelo" tenemos:

El número 4, joven de veintiún años, que se quejaba de pesadez postprandial inmediata (en ayunas estaba sin molestias) con sensación de plenitud abdominal, ardores y náuseas, ruidos de tripas, etc. Tenía un nicho en bulbo y con un tratamiento antiulceroso se encontraba muy bien a los dos meses.

El caso número 17, enferma de veintitrés años, tenía hacía un par de años continuamente peso, repleción y ligero dolor epigástrico postprandiales inmediatos con anorexia y repugnancia por las comidas. Se descubrió un nicho de curvadura menor en porción vertical, pequeño, y además un duodeno muy deformado, muy doloroso y con un pseudodivertículo.

El enfermo correspondiente al número 39 también era un joven de veintiséis años con una sintomatología muy parecida a los anteriores y había sido diagnosticado muchas veces por otros especialistas de colecistopatía, gastritis aquilica, etc. Sin embargo, en la exploración radiológica tenía un nicho muy evidente yuxtapilórico con curvadura menor "enrollada" y mejoró extraordinariamente con el tratamiento.

Los otros seis casos son jóvenes también, excepto el número 49, que era una enferma con sesenta años. En algunos de ellos coexistían unas intensísimas gastritis, a las cuales damos un valor muy relativo en cuanto a responsables de la dispepsia, puesto que idénticas a éstas las vemos en casi todos los ulcerosos, sobre todo en los duodenales, y no por ello se modifica el cuadro típico.

Así, pues, de estos nueve casos tres eran mujeres, lo que al parecer quiere decir que esta forma dispéptica es más frecuente, relativamente, en el sexo femenino, ya que coincidiendo con todos los autores encontramos la úlcera

péptica mucho más frecuente en el sexo masculino.

2.º *Forma hemorrágica.*—Esta forma, en nuestros casos, corresponde a dos direcciones evolutivas. Hay unos en que las hemorragias son el primer síntoma, repitiéndose dos o tres veces, sobre todo en forma de melenas, para luego transformarse el cuadro paulatinamente en un cuadro típico ulceroso. HERNANDO ha registrado esta evolución como frecuente en sus casos de úlcera de las caras del estómago. Pero hay otros enfermos, los correspondientes a la segunda dirección evolutiva, que son aquellos cuyo síntoma "princeps", y a veces único, está constituido por las hemorragias.

Queremos hacer notar que, con abrumadora mayoría, suelen ser melenas las hemorragias de nuestros ulcerosos, y tanto éstas como las hematemesis cuando se dan suelen ser, salvo en los casos de úlceras callosas, antiguas, o en otros modificados por circunstancias patológicas de la coagulación, hemorragias nunca muy violentas, aunque a veces son prolongadas. Por lo general las hematemesis violentas, mejor llamadas gastrorragias, cuando son muy grandes, brutales, rara vez dependen de una úlcera péptica: la experiencia nos ha enseñado en estos casos a "mirar al bazo", encontrando en él la orientación diagnóstica precisa.

El caso número 10, varón de treinta años, sólo tuvo ligeros ardores previos a dos melenas que sufrió en el intervalo de seis meses. Unos cuarenta días después de la última comenzó con molestias tardías típicas. Radiológicamente, nicho en bulbo.

El caso número 44 consultó con nosotros porque sin molestias previas, y tras un "banquete", tuvo una melena persistente tres días. Nicho en bulbo y pseudodivertículo paraulceroso.

El número 57, varón de veinticinco años, es sumamente parecido al anterior. Nicho en bulbo "en face".

Estos casos son hemorrágicos de comienzo: luego evolucionan típicamente.

Hay, como hemos dicho, otros cuyo cuadro persiste como hemorrágico, con escasa o ninguna participación en el cuadro de otros síntomas.

Este es el caso del enfermo número 32, muy curioso, pues había sido operado en el año 1944 por una úlcera duodenal, que siempre había evolucionado típicamente, quedando bien. Pero a los tres años ha venido teniendo, con intervalos más o menos prolongados, cuatro o cinco episodios hemorrágicos, hematemesis y melenas, de las cuales, la última fué muy peligrosa. Radiológicamente, nicho grande en la neoboca. Constantes de coagulación, normales. Plaquetas, normales.

El enfermo número 44, de sesenta y seis años, había tenido en dos años cuatro episodios hemorrágicos, generalmente hematemesis. Radiológicamente tenía un nicho duodenal en un bulbo "tísico". Este enfermo era un bebedor impenitente y quizá existiese una hepatopatía latente clínicamente o, mejor dicho, silenciosa, que facilitase su tendencia a sangrar. No volvió.

Los casos números 69 y 70 son muy parecidos entre sí. Enfermos ambos con melenas de escasa cuantía, repetidas en épocas, con tendencia estacional, a las que siempre habían dado poca importancia. El número 69 tenía una úlcera yuxtapilórica y el 70 era duodenal. Nunca habían tenido otras molestias.

Es probable que en un nuevo trabajo esboce-
mos unas consideraciones sobre los factores
causales de estas formas atípicas, o mejor di-
cho, de las circunstancias particulares que en
ellas pueden concurrir; pero queremos registrar
aquí la sugestiva explicación patogénica que
KALK apunta al achacar la tendencia hemorra-
gipara de algunas úlceras a las deficiencias nu-
tritivas en proteínas. Hay que reconocer que
esta suposición, cierta o no, es interesante y
descubre nuevas perspectivas.

3.º *Forma pseudocolecistopática*.—Contamos
con nueve casos en nuestro total de casos atí-
picos. Hay que deslindar también dos grupos:
1.º El de los ulcerosos cuyo cuadro remeda casi
a la perfección el compuesto por las crisis de
muchos colecistópatas, que los franceses llaman
de "trois jours" con perfecta objetividad, y que
todos hemos tenido ocasión de ver en clínica.
Son frecuentemente mujeres jóvenes, con mo-
lestias en pequeñas temporadas de 3-4 días se-
paradas por intervalos equivalentes en dura-
ción, en los que están sin síntomas. Varios de
nuestros enfermos tienen un cuadro superponi-
ble como por ejemplo:

La paciente número 30, de dieciocho años, venía te-
niendo 4-5 años molestias muy recortadas en crisis de
4-5 días, separadas por intervalos semejantes, con do-
lor epigástrico fijo, que se exacerbaba al comer, náu-
seas, anorexia, repugnancia por las comidas, etc. Pen-
samos, por su frecuencia en estas jóvenes, en una cole-
cistopatía, pero radiológicamente comprobamos una úl-
cera de curvatura menor, porción horizontal, y un duo-
deno en "trébol", doloroso, típicamente ulceroso.

La enferma número 31, de veintinueve años, es muy
similar. Tiene un cuadro con crisis de 3-4 días, separa-
das por intervalos de 5-6, en que está mejor. Se queja
de anorexia, repugnancia por las comidas, mareos, do-
lor en hipocondrio derecho, etc. Esta enferma tenía un
bulbo doloroso, retraído y profundamente desestructu-
rado; además, mejoró espectacularmente con terapéu-
tica antiulcerosa.

Los casos números 14 y 38, hombres de cuarenta y
dos años y veintiuno, respectivamente, son muy simila-
res y en el primero se comprobó un nicho prepilórico y
en el segundo uno duodenal.

JIMÉNEZ DÍAZ también admite esta posibili-
dad evolutiva en los ulcerosos, afirmando que
la presencia de febrícula y subictericia en estos
casos hace aún mucho más difícil el diagnóstico
diferencial de estos cuadros, cuyo mecanismo
de producción no está totalmente aclarado, pero
en el que no hay duda juegan un gran papel las
distonías biliares de los ulcerosos y la infección
de la vesícula biliar a partir de la superficie ul-
cerosa infectada.

Nosotros comprendemos que en estos casos
el diagnóstico se debe confirmar con una se-
rie de exploraciones complementarias; estos pa-
cientes, en su mayoría de clase modesta y vistos
fuera de instalaciones hospitalarias, el diagnós-
tico es muchas veces de presunción, porque di-
chas exploraciones, costosas por lo general, son
prohibitivas, por lo que damos gran valor al re-
sultado de la prueba terapéutica.

Realmente esta forma, y la que hemos des-

crito como dispéptica, se imbrican y a menudo
se confunden.

Hay, sin embargo, otros ulcerosos cuyo cua-
dro imita a veces, con carácter casi perfecto, al
de los pacientes vesiculares que tienen cólicos
hepáticos. Indudablemente estos casos son ra-
ros, y nosotros contamos con algunos pacientes
en que el diagnóstico diferencial por la sinto-
matología subjetiva era imposible. El enfermo
ulceroso puede tener dolor paroxístico en de-
terminados momentos de su evolución, señalan-
do por lo general el momento de surgir una
complicación perforativa.

Existen otros cuyo cuadro clínico se inicia,
desde luego, en ausencia de estos mecanismos
perforativos, con un dolor o dos, paroxísticos,
muy intensos, transformándose luego en un sín-
drome típico.

El enfermo número 51, varón de cuarenta y un años,
tuvo hace un año un dolor fortísimo epigástrico irra-
diado a hipocondrio derecho y escápula, vómitos, etcé-
tera, que duró hora y media. Este dolor se ha repetido
desde entonces dos o tres veces, la última hace mes y
medio, y desde entonces se ha instalado un cuadro de
dolor tardío típicamente ulceroso. Pensamos en que este
hombre podría tener una colecistitis de forma pseudo-
ulcerosa, probablemente litiasica, o una concomitancia
de los procesos biliar y ulceroso. Pudimos descartar,
por sucesivas exploraciones, incluso colecistografía, toda
afección biliar, demostrando en cambio un nicho en
bulbo.

Muy semejante a éste es el enfermo número 72, va-
rón de veintiocho años, ulceroso duodenal. Hay otros
casos en que las molestias tienen un cuadro mucho más
indistinguible de los accidentes de tipo cólico hepático.
Para nosotros fué muy aleccionador en este sentido el
caso del enfermo Z. C. F., de sesenta y un años, núme-
ro 26 de nuestra estadística, el cual vino con un cuadro
de estenosis pilórica que nos puso en la pista del diag-
nóstico cierto. Diagnóstico anteriormente muy difícil,
tanto que este paciente había sido intervenido para ha-
cer colecistectomía, pero ante la absoluta y completa
indemnidad de la vesícula y vías biliares, el cirujano no
tocó a este sistema, haciendo en cambio apendicecto-
mia (?), que naturalmente no alivió al enfermo, que ha
ido rodando de consulta en consulta y de médico en mé-
dico con los diagnósticos más pintoresco y a la vez
más contradictorios. Cuando vino a nosotros, como de-
cimos, tenía una estenosis pilórica típica y radiológica-
mente, además del cuadro de estrechez, un bulbo tísico
totalmente desestructurado. Le aconsejamos la inter-
vención y, tras la gastrectomía, lleva dos años casi en-
teros sin molestias.

Los enfermos 43 bis y 64, respectivamente, son muy
similares, ambos jóvenes, con un cuadro en el que su
síntoma cardinal es el dolor, completamente superponi-
ble al cólico hepático. En ambos, la colecistografía de-
mostró vesícula normal y en cambio radiográficamente
tienen una úlcera duodenal cada uno.

Aunque, en realidad, no corresponden exac-
tamente a este tipo de enfermos, hay ulcerosos
cuyos dolores paroxísticos son tan intensos que
HERNANDO los llama pseudotabéticos. No hemos
tenido ocasión de comprobar esto, pero recor-
damos un enfermo con unas crisis dolorosas
fulgurantes tan intensas que a veces provoca-
ban pérdidas de conciencia, en el que pudieron
descartarse la tabes, la litiasis vesicular, pan-
creopatía, etc., y en el cual, sospechando casi
por exclusión un proceso ulceroso, pensábamos

hacerle una detenida exploración radiográfica cuando le perdimos de vista.

4.º *Forma emetizante.*— Debemos aclarar que, naturalmente, excluimos de este grupo a los enfermos ulcerosos que vomitan porque han hecho una estenosis pilórica después de llevar varios años sufriendo su úlcera. Y no es necesario decir que "no vomita" el enfermo, tantas veces ulceroso, que expulsa unas "babas espesas" en el acmé de su dolor más o menos tardío. Nos referimos a otro tipo de enfermos con úlcera. Aquéllos, relativamente frecuentes, siete de nuestro total de ulcerosos con anamnesis atípica, que traducen sus fases de actividad ulcerosa en forma de vómitos principalmente.

Una modalidad de esta forma emetizante está constituida por aquellos enfermos que vomitan porque han hecho una estenosis pilórica sin síntomas previos. Los mencionamos, a pesar de haberlos excluido desde el principio, para llamar la atención sobre ellos, ya que muchas veces la mayoría, sobre todo si son personas de edad, son enfermos con una neoplasia gástrica. Sin embargo, hay ulcerosos que hacen una estenosis pilórica sin síntomas previos.

Este es el caso del enfermo número 21 de nuestra estadística, varón de cuarenta y dos años, que llevaba cuando vino a consultar dos temporadas, separadas por un intervalo largo de bienestar, con sintomatología en ambas de estrechez pilórica. Tenía una úlcera duodenal, confirmada en la intervención.

De la modalidad emetizante pura es el número 16, varón de treinta y seis años, que con ritmo horario típicamente tardío, tenía en las temporadas de molestias náuseas y arcadas, traducidas a veces en vómitos, sin que acompañaran de dolor ninguno. Radiológicamente tenía un bulbo pequeño, muy deformado, doloroso y persistente bulbo "dauernd".

El caso número 42 bis, hombre de veintitrés años, venía teniendo hacia dos o tres años unos episodios, de duración variable, en los que presentaba náuseas y vómitos de hipersecreción, tan continuados e incoercibles, que se deshidratava profundamente. Ningún otro síntoma. Nicho en bulbo. Este enfermo traducía las fases de su actividad ulcerosa por crisis de hiperemesis causadas por hipersecreción paroxística.

El enfermo número 48, varón de veinticinco años, es muy similar al anterior, aunque las crisis de hiperemesis no eran tan violentas y la úlcera (de curvatura menor) era al parecer reciente.

El enfermo F. V. Z., de sesenta y tres años (número 63), era un ulceroso típico en cuanto al ritmo estacional y horario de sus molestias. Pero éstas se manifiestan no por dolor, sino que a las 3-4 horas de las comidas, incluso de noche, tiene vómitos generalmente líquidos. Radiológicamente, nicho "en face" de bulbo. El caso número 71, mujer de treinta y cuatro años, es superponible al anterior y también era una ulcerosa duodenal.

No hemos encontrado en nuestros enfermos ningún cuadro completo del llamado síndrome de Loeper, hallado sobre todo por los franceses, y HERNANDO entre nosotros, en las úlceras gástricas y producido, según el autor cuyo nombre lleva, por un vagotonismo siempre presente en las úlceras gástricas. Pero si el cuadro completo, sialorrea, náuseas, bradicardia, hipotensión, no es frecuente, es muy corriente encontrar en-

fermos con síndrome de Loeper incompletos, sobre todo en los ulcerosos gástricos. Sin embargo, son datos tan poco concretos que renunciamos a exponerlos.

Algunas veces el proceso ulceroso provoca un cuadro que podría inducir al diagnóstico de neoplasia digestiva, gástrica o extragástrica. Es la que nosotros denominamos.

5.º *Forma pseudoneoplásica.*— JENNINGS y RICHARDSON afirman que las úlceras gigantes de curvatura menor suelen confundirse con carcinomas gástricos debido a la historia totalmente atípica y al mal estado general.

El caso número 76 de nuestra selección es una enferma de cincuenta y dos años, en la que se reproduce el cuadro que estos autores describen. Vino a nosotros con el diagnóstico de "cáncer de colon transversal que engloba el tercio medio del estómago". La sintomatología de un proceso caquetizante de evolución muy rápida con anorexia, dolor epigástrico continuo, etc., efectivamente inclinaba a creer en la presencia de un proceso neoplásico. Sin embargo, radiológicamente pudimos comprobar la existencia de una úlcera de curvatura menor con nicho grande, con un gran proceso "peri" de carácter inflamatorio, cuya condición benigna se confirmó por la respuesta brillantísima a la terapéutica, ya que en cuatro meses desapareció por completo el nicho, cesó el dolor y la enferma recuperó 19 kilos de peso.

Sin embargo, contamos con otros casos, de forma pseudoneoplásica, en los que el nicho ulceroso era duodenal. El enfermo número 56, de cincuenta años, vino a consultar con una historia corta de dolor desde el ombligo a pubis, típico tardío, pero unido a una anorexia invencible, vómitos de hipersecreción con caracteres de retención e intensa pérdida de peso y fuerzas. Hallamos un nicho duodenal y con tratamiento adecuado mejoró extraordinariamente, engordando 8 kilos en mes y medio.

El caso número 12, varón de cincuenta y tres años, tenía un cuadro igual al anterior y era también un ulceroso duodenal, corroborando también la certeza diagnóstica la brillantez del tratamiento de prueba.

Estas son las variantes más frecuentes entre las formas atípicas de la anamnesis de los ulcerosos, o al menos las más frecuentes en los hallazgos de nuestro material.

Esto no quiere decir que sean las únicas. Hemos encontrado otros tipos mucho menos frecuentes.

Hay ulcerosos cuyo primer síntoma es una perforación sin haber tenido ninguna molestia previa, como ocurrió en el enfermo número 68, que sufrió una perforación como primer síntoma de su proceso ulceroso y que después de mucho tiempo de absoluta normalidad, tras el cierre de dicha perforación, hizo un cuadro de estenosis pilórica.

Muchos autores (JIMÉNEZ DÍAZ, BOCKUS, SIPPY, etc.) han descrito la forma febril de la úlcera péptica gastroduodenal. Nosotros hemos encontrado muchas veces una discreta febrícula en las fases de actividad sobre todo, confirmando las afirmaciones de ARIAS VALLEJO, coincidiendo con las épocas en que los síntomas se intensifican y hacen constantes, denotando la perforación crónica o penetración de la úlcera en los órganos adyacentes.

Pero nuestro enfermo número 55, de cincuenta años de edad, que venía teniendo pesadez de digestión hacía mucho tiempo, consultó porque desde hacía cuatro meses venía padeciendo de vez en cuando un cuadro, durante 7-10 días, con fiebre alta, anorexia, ardores postprandiales muy fuertes, absolutamente idéntico cada vez. Fracasaban en su terapéutica todos los antibióticos y el hemograma sólo denotaba ligera leucocitosis con neutrofilia, siendo el resto de las investigaciones de laboratorio (análisis de orina, gota gruesa, aglutinaciones, etc.) totalmente negativos. Radiológicamente tenía un estómago muy raro, retraído, con un nicho prepilórico muy evidente. Con pocas esperanzas instituímos un tratamiento antiulceroso con dieta, bismuto, alcalinos y proteinoterapia, y con gran asombro nuestro (porque estábamos poco convencidos de que el proceso febril fuese exclusivamente ulceroso) cedió todo el cuadro y no ha vuelto a tener fiebre.

Es frecuente que el régimen intestinal de los ulcerosos corresponda a un estreñimiento más o menos intenso, sobre todo en las temporadas de molestias.

Mas tampoco es raro comprobar que precisamente en esas épocas de molestias el enfermo ulceroso tiene deposiciones blandas, a veces francamente diarreicas, más o menos numerosas.

Sin embargo, no es habitual encontrar un caso como el de nuestra enferma número 62, de cincuenta y siete años de edad, que en las crisis, típicamente estacionales, tenía, aparte de anorexia y ligero dolor epigástrico sin ritmo horario, síntomas a los que ella no daba importancia: una diarrea de 5-6 deposiciones casi líquidas, diurnas y nocturnas, con tenesmo, retortijones, etc. El tránsito intestinal fué normal, y cuando por segunda vez le hicimos ingerir contraste, al hacer el examen del segmento gastroduodenal, descubrimos un nicho en la porción vertical de la curvatura menor. Es la forma enterocolítica.

Por fin, hay úlceras de forma asintomática. En dos pacientes que acudieron a nosotros para consultar por otros procesos no relacionables con la úlcera péptica descubrimos, a pesar de que nunca habían tenido el más mínimo síntoma, en ambos una úlcera duodenal. Desde luego, estamos convencidos que hay muchos portadores de úlceras pépticas asintomáticas que sólo en determinadas circunstancias, y bajo ciertas influencias, se manifiestan sintomatológicamente.

Resumiendo, podemos decir que, según nuestra experiencia, hay casi un 11 por 100 de ulcerosos cuya sintomatología subjetiva es totalmente atípica y distinta de la que se viene encontrando en la mayoría de estos enfermos.

Nosotros hemos expuesto, sin querer hacer una revisión exhaustiva del problema, aquellas formas que nos parecen más frecuentes:

Forma *dispéptica*, que semeja una simple dispepsia, más frecuente en la mujer.

Forma *hemorrágica*, cuyo síntoma principal, y a veces único, es la tendencia hemorrágica.

Forma *seudocolecistopática*, cuyo cuadro clínico semeja el ocasionado por las afecciones biliares.

Forma *emetizante*, los enfermos tienen vómitos sin tener una estenosis pilórica.

Forma *seudoneoplásica*, cuya rapidez y malignidad de evolución hace pensar insistentemente en la posibilidad de una neoplasia.

Forma *febril*, evoluciona con fiebre alta; y

Forma *asintomática*, úlceras "mudas", que no dan síntomas nunca o sólo al concurrir circunstancias especiales.

Existen otras formas menos frecuentes, unas que hemos revisado muy someramente y otras que no hemos mencionado porque no las hemos hallado en nuestra experiencia. Pero, además, el cuadro clínico puede estar enmascarado por la existencia de otra enfermedad digestiva cuyos síntomas hacen pasar a segundo plano, o desfiguran, los típicamente ulcerosos.

Nota.—Agradecemos profundamente al doctor JIMENA FERNÁNDEZ su valiosísima ayuda en la redacción y corrección de este trabajo: más del 60 por 100 de los casos en él reseñados pertenecen a su archivo.

BIBLIOGRAFIA

- JENNINGS y RICHARDSON, J. E.—Lancet, 2, 343, 1954.
ARIAS VALLEJO, E.—Rev. Esp. Enf. Apar. Dig., enero-febrero, 1955.
BOCKUS, —Gastroenterología, tomo I, Barcelona, 1948.
JIMÉNEZ DÍAZ, C.—Lecciones de Patología Médica, tomo de Aparato Digestivo.
STULL, ROUFFIAT y HANOUNE.—Presse Méd., 60, 921, 1952.
ALVAREZ, W.—Introducción a la Gastroenterología, Editorial Científico-Médica, 1952.
ALVAREZ, W.—Nerviosidad, indigestión y dolor, Edit. Kraft, Buenos Aires.
HERNANDO, T.—Progresos Patología Clínica, núm. 1, 1955.
ARIAS VALLEJO, E.—Rev. Esp. Apar. Dig., mayo-junio 1952.
MOZO.—Rev. Clin. Esp., 20, 333, 1946.
SÁNCHEZ SAN JULIÁN, J.—Rev. Esp. Apar. Dig., enero-febrero 1955.
ROTHMAN.—Cit. SÁNCHEZ SAN JULIÁN.
FAINER, D. C. y HASLTER, J. A.—Jour. Amer. Med. Ass., 157, 8, 413.
FAGIN, I. D. y THOMPSON, F. M.—Amer. Inter. Med., 21, 285, 1944.
DOUGLAS, B. E. y SNELL, A. M.—Gastroenterology, 15, 407, 1950.
RATNOFF, O. D. y PATECK, A. J., Jr.—Medicine, 21, 207, 1942.
EVANS, N. y GRAY, P. A.—Jour. Amer. Med. Ass., 110, abril 1938.
BARONOFKY, I. y WANGESTEN, O. H.—Pro. Soc. Exp. Biol. Med., 59, 234, 1945.
LIPP, W. F. y LIPSITZ, M. H.—Gastroenterology, 22, 181, 1952.
PALMER, E. D. y BRICK, I. B.—New Engl. J. Med., 248, 1.057, 1953.
CLARCK, H. D.—Brit. Med. J., 4.822, 6, 6, 1953.
CLINTON TEXTER, Jr., BAYLIN, G. J., RUFFIN, J. M. y LEGER-TON, C. W.—Gastroenterology, 24, 3, 1953.
KINSELLA, V. J.—Lancet, 6.782, 1953.
DAIMTRE JOHNSON, H.—Lancet, 6.858, feb. 1955.
BAGLOIR.—Cit. ALVAREZ.
BOCKUS, H. L.—Gastroenterología, tomo II, Barcelona, 1952.
PEDRO PONS, A.—Patología y clínicas médicas, tomo I, Salvat, 1952.
IVY, GROSSMAN y BACHRACH.—Úlcera péptica, El Ateneo, 1954.
MOORE, H. D.—Lancet, 6.856, enero 1955.
RAMB, H.—Úlcera gástrica y duodenal, como falta de materia inmunizante, Ed. Alhambra, 1954.

SUMMARY

There are about 11 % patients with ulcer whose subjective symptomatology is utterly atypical and different from that usually found in most ulcerous patients.

The writers describe those forms that are, in their opinion, more frequent than the rest: dyspeptic, haemorrhagic, pseudocholecystopathic, febrile, symptomless and associated with vomiting.

There are other less frequent forms; some are reviewed very briefly and others are not even mentioned because the writers did not come across them. Apart from this, the clinical picture may be masked by the presence of other digestive condition whose symptoms may supersede or change those typical of the ulcer.

ZUSAMMENFASSUNG

Wir fanden ungefähr 11 % Ulkuspazienten, deren subjektive Symptomatologie völlig atypisch und verschieden ist im Gegensatz zu den normal auftretenden Krankheitsbild.

Wir bringen hier die am häufigsten auftretenden Formen: Dyspepsie, Blutungen, Pseudocholecystopathie, Pseudotumor, Fieber und Symptombefreiheit.

Es bestehen noch andere Formen, die seltener sind; einige derselben sind von uns oberflächlich studiert worden, andere haben sich bei unseren Untersuchungen nicht gezeigt. Ausserdem kann das klinische Bild noch durch

eine andere Verdauungskrankheit überlagert werden, wodurch die typisch ulcerösen Symptome verdrängt oder entstellt werden.

RÉSUMÉ

Il y a presque un 11 % d'ulcéreux dont la symptomatologie subjective est totalement atypique et différente de celle que l'on trouve dans la plupart de ces malades.

Nous avons exposé les formes que nous semblent les plus fréquentes, c. à. d. dyspeptique, hémorragique, pseudocholecystopathique, émettante, pseudonéoplasique, fébrile et asymptomatique.

Il existe d'autres formes moins fréquentes; nous avons révisé très sommairement les unes, les autres nous ne les avons pas mentionnées, car nous ne les avons pas trouvées dans notre expérience. A part cela, le tableau clinique peut être masqué par l'existence d'une autre maladie digestive, dont les symptômes les situent en second plan ou défigurent les typiquement ulcéreux.

NUEVAS PERSPECTIVAS DEL METODO FENOMENOLOGICO EN PSIQUIATRIA. APLICACION A LA PSICOSIS MANIACO-DEPRESIVA

J. R. CANO HEVIA.

Profesor Ayudante.

Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Valladolid.

Profesor: Doctor D. JOSÉ M.^a VILLACIAN.

EL MÉTODO FENOMENOLÓGICO Y LA CLÍNICA.

Hace algún tiempo iniciamos un camino de investigación fenomenológica a propósito de un estudio de la clínica de la esquizofrenia que inexorablemente, y sin nosotros proponérselo, hubimos de ir ampliando a diversos grupos de psicosis. Súbitamente en el curso de nuestra línea inicial de trabajo, y sin deliberado cambio de dirección por nuestra parte, nos encontramos enfrentados de forma sorprendentemente ineludible con la necesidad de ir ampliando nuestro campo de investigación más y más cada vez, y en el transcurso del tiempo lo que comenzó como un estudio clínico de la esquizofrenia, fué paulatinamente germinando hasta nuestra concepción actual de la fenomenología de las psicosis.

Esta necesidad de ampliación de nuestro campo de estudio fué consecuencia de una radical imposición de la realidad clínica, en la que la

presencia de las psicosis mixtas, que cada vez con más frecuencia se cruzaban en nuestro camino, nos iba obligando a considerar de forma sucesiva, y a medida que se presentaban, la existencia de nuevos factores, dependientes de otros grupos de psicosis, y que enclavados en el proceso esquizofrénico era preciso valorar y determinar exactamente en cuanto a su intervención en la fenomenología peculiar del cuadro clínico, si no queríamos ver destruido el valor heurístico de los principios de los cuales habíamos partido.

Ya en otras ocasiones, y a lo largo de una serie de trabajos, al enfrentarnos con múltiples problemas de psicopatología y clínica de índole diversa, hemos propugnado como de capital importancia el reajuste de la fenomenología psiquiátrica a cauces conceptual y metódicamente rigurosos. Es quizá la fenomenología la que únicamente nos puede proporcionar un sólido punto de arranque a una línea, acaso la más auténticamente penetrante de la investigación. El estudio del fenómeno psíquico como hecho fundamental, su singular estructuración dinámica, es lo que nos puede proporcionar la base firme para un más amplio desarrollo científicamente riguroso de la psicopatología.

Es el fenómeno psíquico, la vivencia, el hecho capital del que arranca la clínica, y el captar las vivencias patológicas que el enfermo exhibe constituye la meta a la cual hemos de dirigir nuestro esfuerzo primario, ya que si no conseguimos visualizar el paisaje vivencial del enfermo no podremos efectuar la tarea que la